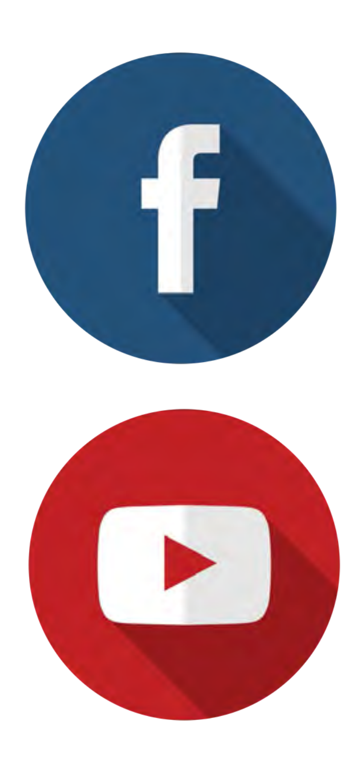
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







LA PRIMO INFECTION TUBERCULEUSE « PIT »

Dr ADILA.F
Service de pneumologie (Pr ZITOUNI .A)
Hôpital central de l'armée
Destiné aux étudiants de 4éme année de médecine

OBJECTIFS

- Définir une PIT
- Reconnaitre sa présentation radio clinique
- Reconnaitre et rechercher ses complications
- Traiter une PIT

PLAN

I- Définition :

Ensemble des manifestations cliniques , biologiques et radiologiques ; dues à la première pénétration du BK dans un organisme indemne de tout contact antérieur « anergique au BK »

II- intérêt de la question :

- **Fréquence: La tuberculose reste un problème de santé publique en ALGERIE et dans le monde (un tiers de la population mondiale est infecté par le BK avec 1.5 million de décès en 2013 selon l'OMS)**
- **Souvent curable spontanément mais non bénigne +++++**
- **Risque de développement ultérieur de la maladie**
- **Prévention: Vaccination BCG : « PI artificielle » pour éviter les formes graves de la tuberculose**
- **Intérêt de dépister les sujets contacts et les traiter**

III- Physiopathologie :

A. Le germe :

- Mycobactérium Tuberculosis ou bacille de koch (BK),
- Mycobactérium Bovis et Mycobactérium Africanum sont beaucoup plus rarement en cause.

B. Transmission du BK :

- la transmission est **strictement inter humaine**
- Source de contamination : **tuberculeux cracheur**
- Parole; toux « 3500 de particules infectants ou gouttelettes » et éternuement « jusqu' a 1 million »
- Inhalation par **voie aérienne** des gouttelette muco salivaire(Pflugge) de petite taille contenant le BK

C. Les lésions induites :

- **La pénétration du BK dans le poumon d'un sujet indemne d'infection TBC n'entraîne pas de réaction tissulaire immédiate.**
- **Le bacille se multiplie in situ pendant 15 à 20 j réalisant le chancre d'inoculation**
- **Les BK subissent une phagocytose par les macrophages**

qui ne peuvent pas les détruire, ils les transportent vers les ganglions lymphatiques du poumon (ganglions satellites) puis par voie sanguine dans tout l'organisme.

- **L'ensemble : chancre d'inoculation + ganglion satellite est dénommé « complexe primaire tuberculeux ».**

- **Formation des foyers secondaires contenant un nombre limité du BK particulièrement au niveau des GG, séreuses , os , foie ,méninges , rein et poumon**

- **A partir de la 3ème semaine, survient une réaction immunitaire de défense de type cellulaire arrêtant la diffusion bacillaire (follicule tuberculeux) et la plupart de ces foyers guérissent spontanément mais certains BK peuvent rester longtemps à l'état quiescent .**

- **Cette immunité d'hyper sensibilité retardée est mesurable en pratique courante par le test d' intradermoréaction (IDR) à la tuberculine**

- **NB/ Phase anté allergique de 03 à 12 semaines : gravité de la PI avec un risque de la survenue de la miliaire et méningo miliaire tuberculeuse .**

IV- Clinique :

2 Tableaux : 1) PI Latente 90%

2) PI Patente 10%

A/ PI Latente :

virage tuberculinique seul sans manifestations cliniques ni radiologiques

En pratique : IDR positive si le diamètre transversale de l'induration est :

- **supérieur ou égal à 10mm chez l'enfant vacciné par le BCG**
- **supérieur ou égal à 15 mm chez l'enfant non vacciné**

B/PIT Patente : **(inhalation massive et prolongée de BK et/ ou une immunodépression):**

1. Sur le plan Clinique:

- **Des signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement et une fièvre.**
- **Des signes respiratoires : toux, douleur thoracique, dyspnée.**
- **Des signes digestifs : diarrhée avec fièvre élevée, AEG et une SPM : typhobacillose de Landouzy.**
- **Des manifestations cutanées : érythème noueux qui évolue en poussées successive en 3 à 5 semaines.**
- **Des manifestations oculaires : kératoconjonctivite.**

2. Sur le plan radiologiques :

- **Image typique : « complexe primaire » : chancre d'inoculation avec un nodule parenchymateux de moins de 1 cm de diamètre (champ pulmonaire droit+++) et une ADP médiastinale satellite (hile droit+++)**

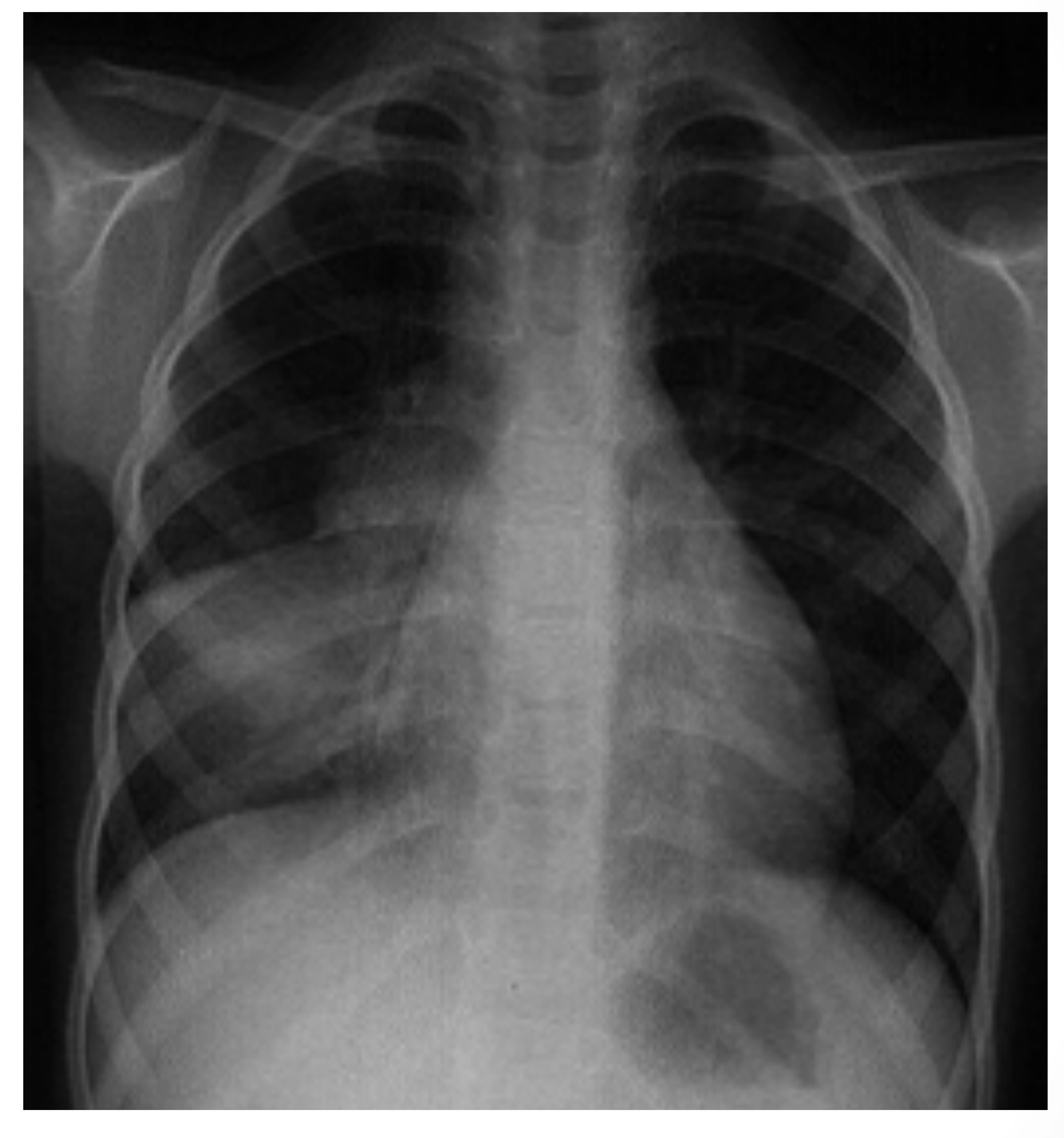
- **Autres images :**

  - Chancres d'inoculation multiples

  - Opacités segmentaires bien systématisées (atélectasie)

  - Calcification du nodule parenchymateux et /ou de l'ADP satellite ultérieurement





3.Sur le plan biologique : **virage tuberculinique franchement positive ou phlycténulaire**

4. Formes cliniques :

- **Adénite superficielle: le plus souvent cervicale avec chancre d'inoculation au niveau de la cavité buccale**
- **ADP profonde : latéro-trachéale : pseudo-tumorale surtout chez le NRS (TABLEAU ASPHYXIQUE AIGU)**
- **Dissémination post-primaire aigu: miliaire et /ou méningite**

V- Diagnostic différentiel :

Devant les signes cliniques :

- - les viroses.
- - La fièvre typhoïde.
- - L'érythème noueux au cours de la sarcoïdose et la streptococcie.

Devant les ADP médiastinales:

- - La sarcoïdose.
- - LMH et LMNH.
- - ADPs métastatiques.
- - un corps étranger intra bronchique

VI- Evolution et complications :

1)Le chancre d'inoculation : il régresse en 2 à 3 mois jusqu'à disparition ; ou bien se calcifie; ou alors , s'excave (caverne primaire : tuberculose primaire progressive)

2) L'ADP: - régresse lentement, se calcifie

- fistulise dans les bronches: BK positif

3) ADP+ Trouble de la ventilation : rétraction de l'opacité (atélectasie) ou régression (bronchectasies) .

4) Pendant la phase anté allergique : diffusion du BK par voie hématogène « TEP »:

-Miliaire aigue généralisée

-Méningite tuberculeuse

-Pleurésie, péricardite tuberculeuse

-TBC ostéo-articulaire, viscérale (rénale, génitale)

VII- Traitement :

Buts : - stérilisation des foyers
- éviter les complications

Moyens : - traitement antituberculeux
- corticothérapie
- kinésithérapie

Indications :

1. TRT antituberculeux :

PIT latente: chimio prophylaxie si enfant moins de 5 ans et IDR à la tuberculine positive (06 mois d'isoniazide « H»)

PI patente : 2RHZE/4RH : avec opacité pulmonaire
2RHZ/4RH : sans opacité pulmonaire

- **Corticothérapie : si trouble de la ventilation 1mg/Kg/j chez l'enfant pendant 4 à 6 semaines**
- **Kinésithérapie : si trouble de la ventilation**

VIII- Prévention :

1. Vaccination BCG : Vaccin bactérien vivant non virulent « atténué » :

- Systématique à la naissance en Algérie
- PI artificielle
- Protection des formes graves
- Protection durable 7-10 ans

2. Le TRT précoce des malades bacillifères.

IX- Conclusion:

- **la PIT est une maladie souvent asymptomatique mais pas toujours bénigne**
- **la dissémination du BK durant la phase antiallergique représente toute la gravité de cette affection**
- **Le risque de passage de l'infection à la maladie exige une surveillance stricte des patients asymptomatiques**
- **Dépister les malade cracheurs du BK et les traiter représente la meilleure mesure de prévention**